

Neue Wege zur Eindämmung des Rauchens: Tabakkonsum & Schadensminimierung ("Tobacco Harm Reduction")

Positionspapier von Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen

Erarbeitet von:

Prof. Dr. Heino Stöver	Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences
Dr. Thomas Hering Daniela Jamin	Facharzt für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin, Berlin Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt
Prof. Dr. Martin Storck	Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie, Städtisches Klinikum Karlsruhe

Unterstützt von (Stand: 12.10.2020):

Prof. Dr. Ute Mons	Professorin für kardiovaskuläre Epidemiologie des Alterns, Universität zu Köln
Univ-Prof. Dr. Bernhard- Michael Mayer	Pharmakologie und Toxikologie, Universität Graz, Österreich
Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl Dr. Leonie Brose	Sigmund Freud Privatuniversität (SFU), Wien, Österreich Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, Großbritannien
Priv.-Doz. Dr. Tobias Rüther	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin am Klinikum der LMU, München
Dr. Bernd Werse	Goethe-Universität Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung /Centre for Drug Research
Dr. Ingo Ilja Michels	Frankfurt University of Applied Sciences
Univ.-Doz. Dr. Ernest Groman	Wissenschaftlicher Leiter Nikotin Institut, Wien, Österreich
Anna Dichtl	Frankfurt University of Applied Sciences
Dr. Silke Kuhn	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
Kirsten Lehmann	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
Dr. Hans Haltmayer	Vorsitzender der Österr. Ges. f. arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien, Österreich
Prof. Dr. Michael Krausz	Professor of Psychiatry, Director Addiction Psychiatry, Institute of Mental Health at UBC, Vancouver/Kanada

Vorbemerkung

Die Tabakabhängigkeit ist eine Suchterkrankung (Diagnose-Schlüssel ICD 10: F 17.2), die mit den hierfür wissenschaftlich gut abgesicherten Mitteln einer leitliniengemäßen Tabakentwöhnung [2] (Verhaltenstherapie plus medikamentöse Unterstützung) erfolgreich behandelt werden kann. Die Methodik ist weltweit und in Deutschland in Leitlinien vorgegeben und beschrieben [1-3]. Allerdings erreichen diese Methoden nur verhältnismäßig wenige Raucher*innen (über 80% der Raucher*innen in Deutschland probieren den Rauchstopp nicht [1-3], und sind im Schnitt nur bei jedem vierten erfolgreich [1-3]). Das Instrumentarium der Bekämpfung der hohen Rauchprävalenz ist innerhalb der globalen Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) umfassend dargelegt [4, 5]. Deutschland hat diese Konvention am 16. Dezember 2003 ratifiziert, sie allerdings nicht annähernd vollständig umgesetzt. Deutschland steht daher im europäischen Vergleich aktuell in Bezug auf die Tabakkontrolle (Tobacco Control Scale) in Europa an letzter Stelle von 36 einbezogenen Ländern [6]. Erst kürzlich wurde ein Gesetz zum Werbeverbot für Zigaretten im Bundestag verabschiedet, welches sich zunächst auf Verbrennungszigaretten bezieht, in den nächsten zwei Jahren aber auch auf Tabakerhitzer und E-Zigaretten ausgedehnt werden soll. So begrüßenswert das überfällige Werbeverbot für Verbrennungszigaretten ist, so dringend ist es, Alternativprodukte nicht nur zu regulieren, sondern als Hilfsmittel zur Senkung der Raucher*innenzahlen anzuerkennen. So verpflichten sich die Unterzeichner*innen im FCTC auch auf „Strategien zur Verminderung [...] des Schadens mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung durch Unterbindung oder Verminderung des Konsums an Tabakerzeugnissen“ (FCTC, Art. 1d) [4].

Süchtige Raucher*innen sind in der gegebenen Situation auf Alternativen zu den sehr begrenzten Möglichkeiten der Hilfe im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen. Tatsächlich wird die Option der Angebote der Tabakentwöhnung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Paragraf 20 SGB V (Prävention) nicht zuletzt aufgrund beträchtlicher Antrags-Barrieren und Patient*innen teils zur Last gelegten Kosten nur im sehr begrenzten Rahmen (9.360 Fälle 2018) in Deutschland umgesetzt [7]. Entwöhnungswillige Raucher*innen weichen in großer Zahl auf die E-Zigarette aus, um ihre Gesundheit zu schützen.

Tobacco Harm Reduction/ Schadensminimierung & Rauchen: Was es zu wissen gilt

- „Für Tabakraucher, die nicht mit dem Rauchen aufhören können oder wollen, bedeutet der vollständige Umstieg auf E-Zigaretten eine Schadensminderung (Harm Reduction)“ [8].

Deutschland ist immer noch ein Hochkonsumland für Tabak. Die übergroße Mehrheit der Tabakverwender*innen raucht und die Zahl der Rauchenden in der Erwachsenenbevölkerung geht nur langsam zurück; aktuell liegt die Raucher*innenprävalenz in der deutschen Gesamtbevölkerung (ab 14 Jahren) im Jahre 2020 bei 26,5% [19]. **Es ist dringend geboten, den bestehenden Präventions- und Regulierungsbemühungen das Instrumentarium der Tobacco Harm Reduction an die Seite zu stellen.** Die Information der Bevölkerung bezüglich dieser erheblichen Risikoreduktion ist mangelhaft, insbesondere unter den Rauchenden [20].

- **Das Potential für diesen Ansatz ist immens.** So schätzt eine wegweisende Studie allein für die USA: “Verglichen mit dem Status Quo führt der Ersatz der Zigarette durch den Gebrauch von E-Zigaretten über einen Zeitraum von 10 Jahren zu 6,6 Millionen weniger vorzeitigen Todesfällen, wobei 86,7 Millionen weniger Lebensjahre im optimistischen Szenario verloren gehen. Im pessimistischen Szenario werden 1,6 Millionen vorzeitige Todesfälle abgewendet, wobei 20,8 Millionen weniger Lebensjahre verloren gehen” [9]. Die Vesuvius Studie (George et al 2019) konnte einen Vorteil des Wechsels nachweisen [24-25]. Auch im Bereich der Gefäßmedizin konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass sich das amputationsfreie Überleben durch Rauchstopp in jedem Alter günstig beeinflussen lässt [26]. Eine weitere wegweisende randomisierte Studie aus Großbritannien konnte nachweisen, dass E-Zigaretten doppelt so effektiv beim dauerhaften Rauchausstieg sind wie Nikotinersatzprodukte (18 vs 9%) [10].
- Ergebnisse aus der Langzeitforschung zu E-Zigaretten und Tabakerhitzern, insbesondere im direkten Vergleich zu den Risiken der Verbrennungszigarette, stehen naturgemäß noch aus und werden nicht schnell verfügbar sein. Dies darf nicht davon ablenken, dass Risikoabschätzung schon heute einen wesentlichen Teil der Wissenslücken schließen kann. **E-Zigaretten und Tabakerhitzer sind nach aktueller Risikoeinschätzung erheblich weniger schädlich als fortgesetztes Rauchen** und daher schon jetzt geeignet, einen Beitrag zur Risikoreduktion beim Rauchen zu leisten. So schätzt Public Health England, dass E-Zigaretten 95% sicherer sind als gerauchter Tabak und beim Rauchstopp helfen können [11-14]. Ähnliche Aussagen, insbesondere auch von Seiten des Risikobewertung (BfR) gibt es auch zu E-Zigaretten und zu Tabakerhitzern [15-18].
- Es besteht die Sorge, E-Zigaretten könnten einen sog. „Gateway“ für Jugendliche und Nichtraucher*innen in eine Raucherkarriere darstellen. Dieser Sorge muss durch kontinuierliche Marktbeobachtung Rechnung getragen werden [19]. Aktuelle Zahlen aus Deutschland zeigen erfreulicherweise allerdings keine Hinweise auf einen solchen Effekt: Der Anteil von jugendlichen Nutzer*innen von E-Zigaretten- und Tabakerhitzern ist sehr gering.

2018 zeigte die DEBRA-Studie: „E-Zigaretten werden in Deutschland nur sehr selten von Personen konsumiert, die noch nie Tabak geraucht haben: Über den gesamten Beobachtungszeitraum blieb die Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe unter 0,5 %“. Die „gewichtete Einjahresprävalenz aktuellen E-Zigarettenkonsums“ lag bei 1,9% in der Gesamtbevölkerung und bei 2,8% unter 14- bis 17-Jährigen (davon >60%, die Zigarettenraucher*innen waren) [19].

- Aus der jüngsten BZgA-Umfrage wird klar, dass sich unter Jugendlichen (12- bis 17-Jährige) die Nutzung (30-Tage-Prävalenz) von E-Zigaretten- und Tabakerhitzen nicht dramatisch beschleunigt und dass auch in dieser Altersgruppe immer noch Verbrennungsprodukte (Shisha/Wasserpfeife und herkömmliche Zigaretten) das größere Problem darstellen. Gleichzeitig zeigt sich unter Jugendlichen eine historisch niedrige Raucherquote, wahrscheinlich der beste Hinweis darauf, dass der befürchtete Gateway-Effekt (Nichtrauchen --> E-Zigarette/Tabakerhitzen --> Verbrennungszigarette) nicht zu beobachten ist. Im Gegenteil: **Weltweit beschleunigt sich bei Gebrauch von E-Zigaretten- und Tabakerhitzen den Rückgang von Raucher*innenquoten gerade unter Jugendlichen.** Es findet also nicht die befürchtete Renormalisierung des Rauchens statt, sondern tatsächlich eine Denormalisierung des Rauchens von Tabakzigaretten.

Empfehlungen an Politik, Behörden, Ärzt*innen, Betriebe und Raucher*innen

- **Empfehlungen für Politik und Behörden:**

Die Bevölkerung und insbesondere Raucher*innen sind über die Vorteile von E-Zigaretten, Tabakerhitzen, tabakfreien Nikotinprodukten und Tobacco Harm Reduction völlig unzureichend informiert. Eine Befragung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) offenbarte alarmierende Wissenslücken: 61% der Befragten schätzen das gesundheitliche Risiko der E-Zigarette genauso, höher oder viel höher im Vergleich zur Tabakzigarette ein [20]. Ähnlich wie in Großbritannien, Kanada und Neuseeland sollte der vollständige Umstieg auf E-Zigaretten von Gesundheitsbehörden kommunikativ unterstützt und empfohlen werden, um dazu beizutragen, die Raucher*innenzahlen zu senken.

Es sollte eine verlässliche neutrale Orientierung für Raucher*innen und Nutzer*innen von E-Zigaretten im Hinblick auf die Wahl der adäquaten Produkte bereitgestellt werden und die Schwelle zum Wechsel auf alternative Produkte ohne Tabakverbrennung (z.B. Tabakerhitzen und E-Zigaretten) gesenkt werden.

Aus Sicht der Autor*innen ist es auch eine absolute ethische Notwendigkeit, differenzierte Risikokommunikation zu betreiben. D.h. ganz klar zu formulieren, dass die E-Zigarette und Tabakerhitzen nicht harmlos sind, aber eine weniger schädliche Alternative zum

Weiterräumen darstellen, wenn anders der Verzicht auf die weit gefährlichere Tabakzigarette nicht gelingt.

- **Empfehlungen für Ärzt*innen und medizinische Fachkräfte:**

Umfragen zeigen, dass der Rauchstopp ein häufig angesprochenes Thema zwischen Patient*innen und Ärzt*innen und/oder Apotheker*innen ist. Jedoch besteht auch bei medizinischen Fachkräften ein erhebliches Informationsdefizit, das es zu beheben gilt.

Schon 2016 haben die Autor*innen des PHE-Reports gefordert, E-Zigaretten durch Ärzt*innen empfehlen zu lassen [11-14]. Der Report des Royal College of Physicians aus 2016 mit dem Titel „Nicotine without smoke: tobacco harm reduction“ weist darauf hin, dass E-Zigaretten durch ihre überlegene Beliebtheit vs. Nikotinersatztherapien mehr Raucher*innen erreichen könnten [11-14]. In einem kürzlichen veröffentlichten, von der europäischen kardiologischen Fachgesellschaft (ESC) eingeladenen Review der verfügbaren Literatur zu klinischen und präklinischen Studien, wurde von den Autor*innen die Folgerung formuliert, dass Patient*innen die das Rauchen aufgeben möchten, die E-Zigarette als Alternative zum Weiterräumen aktiv empfohlen werden sollte. Dabei wird darauf hingewiesen, dass dies selbst schon zum jetzigen Zeitpunkt auch ohne Kenntnis potentieller anderer geringer Gesundheitsrisiken erfolgen soll [21-23].

- **Empfehlungen für Arbeitgeber*innen und Betriebe:**

Die direkten und indirekten Kosten des Rauchens für Unternehmen in Deutschland betragen 56,14 Mrd. € pro Jahr [21-23]. Das allein sollte Grund genug sein, **im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements neben anderen Rauchstoppmethoden auch den Umstieg auf Produkte ohne Tabakverbrennung bekannt zu machen**. Entsprechende Informationsmaterialien und Beratungsstellen sollten bereitgestellt werden.

- **Empfehlungen für Raucher*innen:**

Das Beste, das Raucher*innen für ihre Gesundheit tun können, ist unverzüglich aufzuhören. Falls das nicht erreichbar ist, sollte der komplette Umstieg auf Alternativprodukte ohne Tabakverbrennung (E-Zigaretten, Tabakerhitzer, tabakfreie Nikotinprodukte) empfohlen werden. Wichtig dabei ist, dass ein vollständiger Umstieg erfolgt und nicht parallel weitergeraucht wird („dual use“). Dual-Use mag für eine kurze Übergangszeit akzeptiert werden, muss jedoch so schnell wie möglich zugunsten des völligen Umstiegs beendet werden, da bekannt ist, dass das Rauchen von wenigen Zigaretten/Tag noch mit hohen Gesundheitsrisiken verbunden ist (es besteht eine nicht-lineare, exponentielle Beziehung zwischen Zigaretten-Konsum und Risiko) [17-19].

Raucher*innen sollten unter den für Risikominderung beim Rauchen geeigneten Produkttypen (E-Zigaretten, Tabakerhitzern, tabakfreie Nikotinprodukte) selbst auswählen und idealerweise schnellstmöglich komplett darauf umsteigen können.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Heino Stöver: hstoever@fb4.fra-uas.de

Literatur

1. Andreas, S. et. al. (2014): Tabakentwöhnung bei COPD - S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. In: Pneumologie, 68(4): 237-58.
2. AWMF (2015): S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. In: AWMF-Register Nr. 076-006.
3. Fiore, M.C. et al. (2008): Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. In: Public Health Service, USDH, Editor.
4. WHO (2004): WHO Framework Convention on Tobacco Control, online verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/fctc/FCTC_deutsche_Uebersetzung.pdf
5. Wikipedia (2020): FCTC - Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, online verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Rahmen%C3%BCbereinkommen_der_WHO_zur_Eind%C3%A4mmung_des_Tabakgebrauchs .
6. Joossens, L./Raw, M. (2020): The Tobacco Control Scale in Europe 2019, online verfügbar unter: <http://www.tobaccocontrolscale.org>.
7. Bauer, S./Römer, K./Geiger, L. (2019): PRÄVENTIONSBERICHT 2019, ed. M.D.d.S.B.d.K.e.V. (MDS). 2019: GKV Spitzenverband.
8. DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (2016): „Harm Reduction“ – Verringerung von tabakrauchbedingten Gesundheitsschäden durch E-Zigaretten? Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., online verfügbar unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/DHS_Positionspapier_Harm_Reduction.pdf
9. Levy et. al. (2017): Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with ecigarettes. In: Tobacco Control, online verfügbar unter: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/18>.
10. Hajek, P. et. al. (2019): A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. In: N Engl J Med 380(7): 629-637.
11. McNeill, A. et. al. (2015): E-cigarettes: an evidence update - A report commissioned by Public Health England, online verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update>.
12. McNeill, A. et. al. (2018): Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018 - A report commissioned by Public Health England, online verfügbar unter: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf.

13. McNeill, A. et. al. (2018): Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018 - A report commissioned by Public Health England, online verfügbar unter: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf.
14. McNeill, A. et. al. (2019): Vaping in England: an evidence update February 2019. A report commissioned by Public Health England, Public Health England: London.
15. Pieper, E. et. al. (2018): Tabakerhitzer als neues Produkt der Tabakindustrie: Gesundheitliche Risiken. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz: 1422-1428.
16. RBB (2020): Interview: E-Zigarette: Das "gesündere" Rauchen? Online verfügbar unter: <https://bit.ly/3f5yDPD> [Stand 27.7.2020].
17. Pieper, E. (2020): Interview am 1. Karlsruher Präventionstag: Tabakerhitzer als neues Produkt der Tabakindustrie: Gesundheitliche Risiken, online verfügbar unter: <https://youtu.be/zXmF2iCkNJ8>.
18. Mallock, N. et al. (2019): Heated Tobacco Products: A Review of Current Knowledge and Initial Assessments. In: Front Public Health, 7: 287.
19. Kotz, D./Kastaun, S. (2018): DEBRA - Deutsche Befragung zum Rauchverhalten | German Study on Tobacco Use, online verfügbar unter: <http://debra-study.info/wordpress/>.
20. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2019): Verbraucher Monitor 2019, Spezial E-Zigarette, online verfügbar unter: www.bfr.bund.de/cm/350/bfr-verbrauchermonitor-2019-spezial-e-zigaretten.pdf.
21. Oelsner, E.C. et. al. (2019): Lung function decline in former smokers and low-intensity current smokers: a secondary data analysis of the NHLBI Pooled Cohorts Study. In: Lancet Respir Med. 8(1): 34-44.
22. Pope, C.A. 3rd et. al. (2009): Cardiovascular mortality and exposure to airborne fine particulate matter and cigarette smoke: shape of the exposure-response relationship. In: Circulation, 120(11): 941-8.
23. Hackshaw, A. et. al. (2018): Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. In: BMJ, 360: j5855.
24. George, J. et. al. (2019): Cardiovascular Effects of Switching From Tobacco Cigarettes to Electronic Cigarettes. In: J Am Coll Cardiol, 74(25): 3112-3120.
25. Levy, D.T./Borland, R./Lindblom, E.N. et. al. (2018): Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with e-cigarettes. In: Tob Control, 27: 18–25.
26. Armstrong, E.J. et. al. (2014): Smoking cessation is associated with decreased mortality and improved amputation-free survival among patients with symptomatic peripheral artery disease. In: J Vasc Surg, 60: 1565-71.